

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Gangguan Jiwa

a. Definisi Gangguan Jiwa

American Psychiatric Association (2000) mendefinisikan gangguan jiwa sebagai suatu sindrom atau pola psikologis atau perilaku yang penting secara klinis terjadi pada seseorang yang dikaitkan dengan adanya distress misal gejala nyeri dan disabilitas yaitu kerusakan pada satu atau lebih area fungsi yang penting atau disertai peningkatan resiko kematian yang menyakitkan, nyeri, disabilitas atau sangat kehilangan kebebasan. Kriteria umum untuk mendiagnosis gangguan jiwa yaitu meliputi ketidakpuasan dengan karakteristik, kemampuan, prestasi diri, serta hubungan yang tidak efektif atau tidak memuaskan dan coping yang tidak efektif. Selain itu perilaku individu yang tidak diharapkan dan mendapat sanksi secara budaya, serta bukan perilaku yang menyimpang yang menjadi indikasi gangguan jiwa menurut Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ-III).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan bahwa kesehatan jiwa adalah suatu keadaan fisik, mental, dan sosial bukan semata-mata keadaan tanpa penyakit atau kelemahan. Gangguan jiwa menurut Depkes RI (2008) adalah suatu perubahan

pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa, yang menimbulkan penderitaan pada individu dan atau hambatan dalam melaksanakan peran sosial (www.depkes.go.id).

Gangguan jiwa adalah pola perilaku atau psikologik yang secara klinis bermakna dan secara khas berkaitan dengan gejala, penderitaan (*distress*) serta kehendaknya (*impairment*) dalam fungsi psikososial (Maslim,2001). Istilah yang digunakan oleh Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ-III) dalam menyebut penderita gangguan jiwa adalah seseorang dengan gangguan mental (*mental disorder*), sehingga dalam PPDGJ-III tidak mengenal istilah penyakit jiwa (*mental illness/mental disease*) dalam menyebut penderita gangguan jiwa .

b. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan yang sering di hubungkan dengan gangguan psikotik. Skizofrenia menurut Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ-III) merupakan suatu deskripsi sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas, serta jumlah akibat tergantung pada pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya (Maslim,2001).

Skizofrenia merupakan kumpulan dari berbagai gejala klinis yang penderitanya akan mengalami gangguan dalam kognitif, emosional, persepsi serta gangguan dalam tingkah laku.

Penderita gangguan jiwa akan mengalami gejala gangguan persepsi, seperti waham dan halusinasi (Kaplan & Sadock, 2007).

Menurut Videbeck (2008), skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak yang menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh dan terganggu. Skizofrenia biasanya dapat terdiagnosis pada masa remaja akhir dan dewasa awal, skizofrenia sendiri jarang terjadi pada masa anak-anak. Insiden puncak terjadinya skizofrenia adalah antara umur 15 sampai 25 tahun untuk pria, dan untuk wanita yaitu pada umur 25 sampai 35 tahun (PPDGJ-III) .

Gejala skizofrenia secara garis besar dapat di bagi dalam dua kelompok, yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif atau gejala nyata yaitu berupa waham, halusinasi, dan kekacauan pikiran, gaduh gelisah dan perilaku yang tidak tertur. Gejala negatif atau gejala samar seperti afek datar, tidak memiliki kemauan atau kehendak, menarik diri atau isolasi diri dari pergaulan, cenderung pendiam dan sulit diajak berkomunikasi, pasif, apatis atau acuh tak acuh. Gejala positif dapat dikontrol dengan pengobatan dan terapi, tetapi seringkali gejala negatif menetap setelah gejala psikotik berkurang. Gejala negatif seringkali menetap sepanjang waktu dan menjadi masalah penghambat utama dalam proses pemulihan dan perbaikan fungsi dalam kehidupan sehari-hari pasien skizofrenia (Videbeck, 2008) .

c. Etiologi

Menurut Kaplan & Sadock 2010, etiologi yang mendasari Skizofrenia adalah sebagai berikut :

a. Model *diatesis-stress*

Suatu model integrasi yang menggabungkan antara faktor biologis, dan faktor psikologis serta lingkungan yang secara khusus dapat mempengaruhi seseorang sehingga dapat menyebabkan perkembangan skizofrenia. Pada model ini paling umum adalah diatesis atau stres yang dapat terjadi secara biologis atau lingkungan atau bahkan keduanya.

b. Faktor biologis

Dalam faktor biologi terdapat hipotesis dopamin yang menyatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh aktifitas dopaminergik di bagian kortikal otak, yang berkaitan dengan gejala positif skizofrenia. Dan telah banyak penelitian yang melibatkan peranan patofisiologis di otak termasuk limbik, korteks *frontalis* dan *ganglia basalis*. Karena ketiga daerah tersebut saling berhubungan sehingga disfungsi dari salah satu daerah tersebut mungkin melibatkan patologi primer di daerah lainnya sehingga merupakan tempat potensial untuk patologi primer pada pasien skizofrenia.

c. Genetika

Faktor genetik telah dibuktikan secara kuat oleh berbagai macam penelitian bahwa suatu komponen genetik, terhadap diturunkannya skizofrenia. Seseorang kemungkinan berisiko menderita skizofrenia jika anggota keluarga lainnya menderita skizofrenia dan kemungkinan seseorang menderita dengan dekatnya hubungan persaudaraan tersebut. Pada kembar monozigotik lebih memiliki angka kesesuaian yang tinggi dibandingkan dengan kembar zigotik.

d. Faktor psikososial

Kurangnya perhatian yang hangat dan penuh kasih sayang di tahun-tahun awal kehidupan berperan dalam menyebabkan kurangnya identitas diri, dan menarik diri dari hubungan sosial pada penderita skizofrenia. Hubungan interpersonal yang buruk dari penderita skizofrenia akan berkembang jika dalam masa anak-anak tidak dapat mempelajari interpersonal dengan baik.

d. Tipe-tipe Skizofrenia

Berdasarkan definisi tersebut, skizofrenia di dalam PPDGJ-III dapat dikelompokkan menjadi beberapa subtipe, menurut Kaplan & Sadock (2010) subtipe tersebut yaitu :

1. Skizofrenia Paranoid

Jenis skizofrenia paranoid biasanya ditandai dengan adanya waham kejar (rasa menjadi korban atau seolah-olah dimata-

matai) atau waham kebesaran, halusinansi, dan terkadang terdapat waham keagamaan yang berlebihan (fokus waham agama), atau perilaku agresif dan bermusuhan.

2. Skizofrenia Terdisorganisasi

Jenis skizofrenia tidak terorganisir biasanya ditandai dengan afek datar atau afek yang tidak sesuai secara nyata, inkohereni, asosiasi longgar, dan disorganisasi perilaku yang ekstrem.

3. Skizofrenia Katatonik

Jenis skizofrenia katatonik biasanya ditandai dengan gangguan psikomotor yang nyata, baik dalam bentuk tanpa gerakan atau aktivitas motorik yang berlebihan, negativisme yang ekstrem, gerakan tambahan yang aneh. Aktivitas motorik yang berlebihan terlihat tanpa tujuan dan tidak dipengaruhi oleh stimulasi eksternal.

4. Skizofrenia Tidak Tergolong

Jenis skizofrenia tidak dapat dibedakan biasanya ditandai dengan gejala-gejala skizofrenia campuran (atau jenis lain) disertai gangguan pikiran, afek, dan perilaku.

5. Skizofrenia Residual

Jenis skizofrenia residual biasanya ditandai dengan setidaknya satu episode skizofrenia sebelumnya, tetapi saat ini

tidak psikotik, menarik diri dari masyarakat, afek datar serta asosiasi longgar.

e. Gambaran Klinis Skizofrenia

Videbeck (2008) menyebutkan bahwa walaupun gejala-gejala skizofrenia selalu berat, namun proses klinis skizofrenia dapat bervariasi antar pasien. Tetapi kebanyakan pasien mengalami tanda dan gejala yang lambat dan bertahap, misalnya menarik diri dari masyarakat dan berperilaku tidak lazim. Diagnosis skizofrenia mulai ditegakan biasanya ketika individu mulai memperlihatkan gejala positif yang mulai aktif seperti waham, halusinasi dan gangguan pikir. Pada individu yang menderita skizofrenia sejak usia dini memperlihatkan hasil akhir yang lebih buruk. Klien yang berusia lebih muda cenderung memperlihatkan penyesuaian pramorbid yang lebih buruk, tanda negatif yang lebih nyata dan gangguan kognitif yang lebih banyak dari pada klien yang berusia lebih tua.

Menurut PPDGJ-III, ciri-ciri yang penting dari skizofrenia adalah adanya campuran dari gejala positif dan gejala negatif. Secara umum, karakteristik skizofrenia dapat digolongkan dalam tiga kelompok, yaitu sebagai berikut :

1) Gejala positif

Gejala positif adalah tanda yang hanya muncul pada individu yang mengalami skizofrenia, dan tidak muncul pada

sesorang kebanyakan. Gejala positif adalah gejala yang bersifat aneh, seperti antara lain berupa delusi, halusinasi, ketidakberaturan pembicaraan, dan perubahan perilaku yang abnormal pada seseorang (Kaplan & Sadock,2010)

2) Gejala negatif

Gejala negatif adalah menurunnya atau tidak adanya perilaku tertentu, seperti perasaan yang datar, tidak adanya perasaan senang dan bahagia, tidak adanya pembicaraan yang berisi, cenderung menarik diri dari masyarakat, mengalami gangguan sosial, serta kurangnya motivasi untuk beraktifitas (Kaplan & Sadock,2010)

3) Gejala lainnya

Gejala lainnya disorganisasi, meliputi perilaku yang aneh yang dialami oleh individu, misalnya katatonia yaitu perilaku yang berulang-ulang dilakukan oleh individu, menampilkan gaya tubuh yang aneh dan abnormal atau *waxy flexibility*, yaitu di mana seseorang dapat memutar atau membentuk posisi tertentu dari anggota badan pasien yang biasanya akan dipertahankan dalam waktu yang lama, serta disorganisasi pembicaraan. Disorganisasi pembicaraan adalah masalah dalam mengorganisasikan ide dan pembicaraan sehingga orang lain mengerti, biasanya dikenal dengan gangguan berfikir formal misalnya asosiasi longgar dan inkoherensi (Kaplan & Sadock,2010).

f. Terapi

Skizofrenia pada umumnya bersifat kronis sehingga pengobatannya memerlukan waktu yang panjang dan cukup lama. Biasanya penderita skizofrenia mendapatkan pengobatan berupa antipsikotik. Antipsikotik merupakan inti dari pengobatan penderita skizofrenia, namun penelitian menunjukkan bahwa intervensi psikososial dapat memperkuat perbaikan klinis. Sebagian besar pasien skizofrenia mendapatkan manfaat dari pemakaian kombinasi pengobatan antipsikotik dan psikososial.

Macam-macam antipsikotik, yaitu :

1). Antipsikotik konvensional

Antipsikotik konvensional ini disebut juga dengan tipikal antipsikotik. Neuroleptik yang termasuk golongan ini adalah chlorpromazin, haloperidol, loxapine, dan prolisin. Efek samping dari antipsikotik konvensional adalah mulut kering, konstipasi, hipotensi ortostatik, impotensi, kegagalan ejakulasi, parkinson sindrom, akhatisia, dystonia, amenorhea, infertilitas dan kegemukan. Chlorpromazin memiliki efek antipsikotik yang lemah dan efek sedatif yang kuat. Sedangkan Haloperidol digunakan untuk pengobatan skizofrenia kronis sehingga memiliki efek antipsikotik yang kuat dan efek sedatif yang lemah. Antipsikotik konvensional efektif untuk mengobati

gejala positif dari skizofrenia namun kurang efektif untuk mengobati gejala negatif.

2). Antipsikotik Atipikal

Antipsikotik atipikal pada umumnya telah banyak digunakan untuk pengobatan skizofrenia. Obat-obat yang termasuk antipsikotik atipikal adalah clozapine, resperidone, ziprasidone, quetiapine, olanzapine, dan aripiprazole. Antipsikotik atipikal bekerja sebagai antagonis reseptor dopamine-serotonin. Antipsikotik atipikal lebih efektif untuk mengatasi gejala skizofrenia negatif dan gangguan kognitif pada penderita skizofrenia. Antipsikotik atipikal digunakan pada pasien yang tidak berespon baik dengan antipsikotik konvensional. Efek samping dari antipsikotik atipikal adalah agranulositosis.

Pengobatan skizofrenia pada episode pertama dilakukan selama 1-2 tahun. Dan pengobatan untuk episode berikutnya minimal selama 5 tahun dan episode ketiga pengobatan dilakukan seumur hidup (Saddock dan Saddock, 2010). Di samping pemberian obat-obatan antipsikotik, intervensi psikososial juga berperan penting dalam proses pemulihan dan rehabilitasi pasien skizofrenia. Intervensi psikososial dalam hal ini yaitu mencakup psikoterapi edukasi, penyelesaian masalah dan pendidikan terhadap keluarga, agar keluarga dapat mengerti

penyakit dan dialami pasien dan mendukung dalam proses penyembuhan pasien yang mengalami skizofrenia.

2. Dukungan Emosional Keluarga

a. Keluarga

1) Definisi Keluarga

Definisi keluarga menurut Friedman (2013), bahwa keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dan dipersatukan oleh ikatan perkawinan, dengan adanya keterikatan aturan dan emosional dari individu yang masing-masing memiliki peran sesuai peran di dalam keluarga. Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Nadeak, 2010).

2) Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (2013) fungsi keluarga diuraikan sebagai berikut:

a) Fungsi efektif

Fungsi efektif merupakan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan keluarga, yang berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Fungsi efektif meliputi : Saling mengasuh, kasih sayang, saling mendukung antara

anggota keluarga, saling menghargai, sehingga kebutuhan psikososial keluarga dapat terpenuhi.

b) Fungsi reproduksi

Fungsi reproduksi berguna untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia dan dengan adanya program keluarga berencana maka fungsi ini sedikit terkontrol.

c) Fungsi sosial

Keluarga merupakan tempat untuk bersosialisasi di mana setiap anggota keluarga belajar norma, disiplin, budaya serta perilaku yang berhubungan dengan interaksi dan dapat belajar berperan dalam lingkungan sosial.

d) Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi merupakan fungsi keluarga di mana fungsi ini berkaitan dengan kebutuhan keluarga seperti sandang, papan, pangan, serta cara keluarga untuk mendapatkan sumber-sumber untuk meningkatkan status kesehatan keluarga.

e) Fungsi perawatan kesehatan

Keluarga juga berfungsi untuk melakukan praktik asuhan kesehatan, merawat anggota keluarga dengan penuh kasih sayang, identifikasi masalah kesehatan keluarga penggunaan sumberdaya yang ada pada masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan yang ada pada keluarga.

3) Dukungan Keluarga

Menurut Kaplan (2001) dalam Friedman (2013), menyebutkan bahwa keluarga memiliki jenis-jenis dukungan sebagai berikut:

a) Dukungan informasional

Dukungan informasional keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan yang diberikan oleh keluarga dalam bentuk memberikan saran atau masukan, nasihat atau arahan, dan memberikan informasi-informasi penting yang sangat dibutuhkan oleh pasien gangguan jiwa dalam upaya peningkatan status kesehatannya (Bomar, 2004). Menurut Friedman (2013), dukungan informasional yang diberikan keluarga terhadap pasien, merupakan salah satu bentuk fungsi keperawatan kesehatan yang telah diterapkan keluarga terhadap pasien. Fungsi keperawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Pasien gangguan jiwa cenderung sering memiliki masalah kemunduran kognitif sampai pada percobaan bunuh diri.

b) Dukungan penghargaan

Dukungan penghargaan merupakan salah satu dukungan dari keluarga dalam bentuk memberikan umpan balik dan penghargaan terhadap pasien gangguan jiwa dengan cara menunjukkan respon positif, yaitu dorongan atau persetujuan terhadap gagasan, ide atau perasaan seseorang (Bomar, 2004).

Sedangkan menurut Friedman (2013), dukungan penghargaan merupakan dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang dapat meningkatkan status psikososial anggota keluarga.

Dukungan penghargaan keluarga terhadap pasien gangguan jiwa penting dilakukan dalam upaya peningkatan status psikososial pasien gangguan jiwa, semangat motivasi untuk meningkatkan harga diri pasien dalam upaya peningkatan status kesehatannya. Dukungan penghargaan yang diberikan oleh keluarga pasien gangguan jiwa dapat menjadikan hidup pasien gangguan jiwa lebih berharga, berarti serta bermakna serta bermanfaat lagi bagi keluarganya, sehingga pasien gangguan jiwa masih merasakan bahwa dirinya masih dibutuhkan oleh orang lain terutama oleh keluarga (Friedman, 2013).

c) Dukungan instrumental

Menurut Friedman (2013), dukungan instrumental keluarga merupakan fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap anggota keluarga. Dukungan instrumental keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan penuh keluarga dalam memberikan bantuan berupa tenaga, dana, maupun meluangkan waktunya untuk membantu melayani dan mendengarkan pasien gangguan jiwa dalam menyampaikan perasaannya (Bomar, 2004).

d) Dukungan emosional

Menurut Friedman (2013), dukungan emosional adalah fungsi efektif keluarga yang harus diterapkan terhadap semua anggota keluarga termasuk pasien gangguan jiwa. Fungsi efektif sendiri adalah fungsi internal keluarga dalam memenuhi kebutuhan psikososial keluarga, seperti saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan dan saling mendukung dan menghargai antar anggota keluarga. Dukungan keluarga juga merupakan dukungan dalam bentuk dukungan yang diberikan keluarga dalam bentuk perhatian, kasih sayang dan empati (Bomar, 2004).

b. Dukungan Emosional Keluarga

1. Definisi

Salah satu hal yang memicu kekambuhan skizofrenia adalah kadar ekspresi emosi keluarga terhadap penderita skizofrenia yang tinggi. Pada umumnya kadar ekspresi emosional keluarga yang tinggi terhadap pasien skizofrenia disebabkan karena pasien sering menunjukkan perilaku yang tidak dapat diterima oleh keluarga. Ekspresi emosi keluarga sering berupa bentuk keberatan keluarga dalam merawat pasien. Wujud keberatan keluarga dalam merawat pasien sangat bervariasi, misalnya menunjukkan sikap terlalu keras dan tidak pernah puas terhadap apapun yang dilakukan oleh pasien,

atau bisa juga dalam sikap yang terlalu memanjakan pasien, atau secara nyata menolak keberadaan pasien (Sadock & Sadock, 2007).

Dukungan emosional yang diberikan keluarga tentunya dapat mendukung proses pengobatan sehingga diharapkan meningkatkan kelangsungan proses penyembuhan pada pasien skizofrenia. Menurut Friedman (2013), dukungan emosional adalah fungsi efektif keluarga yang harus diterapkan terhadap semua anggota keluarga termasuk pasien gangguan jiwa. Fungsi efektif sendiri adalah fungsi internal keluarga dalam memenuhi kebutuhan psikososial keluarga, seperti saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan dan saling mendukung dan menghargai antar anggota keluarga.

2. Komponen - komponen dukungan emosional

Menurut Safarino (2006), dukungan emosional yaitu meliputi empati, kepedulian, perhatian, dan kepercayaan.

- a) Empati adalah kemampuan individu untuk menempatkan diri dalam memahami kondisi atau keadaan pikiran, sifat serta perasaan emosional orang lain.
- b) Kepedulian adalah sesuatu yang diberikan oleh orang yang mengerti akan kondisi atau keadaan orang lain yang berupa tindakan untuk ikut serta dalam mengambil keputusan.

- c) Penghargaan adalah peningkatan kesadaran dari seluruh fungsi jiwa untuk dipusatkan pada sesuatu hal, baik yang ada diluar maupun yang ada di dalam diri seseorang.
- d) Kepercayaan adalah merupakan tindakan di mana seseorang yang mempunyai kepercayaan menaruh sikap positif terhadap orang lain yang dipercayainya di dalam situasi yang berubah ubah dan berisiko.
- e) Kasih sayang merupakan dukungan emosional dari keluarga yang mendorong perasaan nyaman dan mengarahkan individu untuk percaya bahwa individu dipuji, diperhatikan, dan dicintai, dan bahwa keluarga bersedia untuk memberikan perhatian dan rasa aman terhadap individu.

3. BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*)

BPRS adalah suatu skala pengukuran yang digunakan untuk menilai keparahan simtom positif dan simtom negatif pada pasien gangguan psikotik dan menilai perubahan pada pasien psikotik, termasuk menilai gangguan berpikir, *emotional withdrawal* dan retardasi, ansietas dan depresi, sifat permusuhan dan kecurigaan (*American Psychiatric Association, 2000*).

Pemulihan atau kesembuhan klien skizofrenia dapat dipantau dengan berbagai alat ukur. Salah satu alat ukur untuk menilai perkembangan pemulihan atau kesembuhan pada pasien skizofrenia

adalah menggunakan alat ukur *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) yaitu skala penilaian psikiatrik yang terdiri dari 18 item dengan skala likert (0 = tidak ada gejala , 6 = gejala sangat berat). Alat ukur ini telah digunakan secara luas dan divalidasi (Sukarto, 2002) . Skala penilaian psikiatrik ringkas atau BPRS pada awalnya adalah alat ukur yang dirancang untuk menilai perubahan dalam keparahan psikopatologi.

Brief Psychiatric Rating Scale atau BPRS kemudian dikembangkan untuk memberikan teknik penilaian yang cepat terhadap evaluasi perubahan pasien dengan gejala psikotik. Instrumen ini sangat efisien digunakan untuk menilai pengobatan perubahan pada pasien kejiwaan terutama dengan gejala psikotik, sementara pada saat yang sama BPRS dapat menghasilkan deskripsi komprehensif pada karakteristik gejala utama. Alat ukur ini digunakan karena ringkas, efisiensi dan cepat karena hanya membutuhkan waktu 10 sampai 20 menit , dan ekonomis karena prosedur evaluasi lebih rinci (Lorr,1988).

Dengan demikian, item pada BPRS berfokus pada gejala yang umum pada pasien dengan gangguan psikotik, termasuk skizofrenia dan gangguan psikotik lainnya, serta yang ditemukan pada pasien dengan gangguan suasana hati yang parah, terutama mereka yang memiliki ciri-ciri psikotik (*American Psychiatric Association,2000*). Skala pengamatan psikiatrik ringkas (BPRS) telah digunakan oleh beberapa peneliti dan telah diuji validitas dan reliabilitas. Peneliti yang

telah melakukan uji validitas dan reliabilitas di Indonesia adalah Adi Sukarto (2002).

4. Kualitas hidup

a. Definisi

Kualitas hidup adalah istilah yang digunakan untuk menunjukkan kesehatan fisik, sosial dan emosional seseorang serta kemampuan mereka untuk melakukan tugasnya sehari-hari (Donald, 2005). Informasi mengenai fungsi sosial dan kualitas hidup merupakan hal yang sangat penting untuk evaluasi perkembangan jangka panjang penderita skizofrenia. Pengukuran kualitas hidup skizofrenia ini sangat penting untuk menentukan tindakan yang akan diberikan agar penderita skizofrenia merasa terpenuhi dan puas dalam hidupnya. Waa Chan dkk (2006) melihat bahwa kualitas hidup penderita skizofrenia merupakan kesejahteraan dan kepuasan seseorang dengan keadaan hidupnya, status kesehatan, serta besarnya peluang dan kemudahan akses penderita.

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

Ccardosa (2005) menjelaskan beberapa faktor atau variabel yang sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien skizofrenia, yaitu :

1. Demografi pasien

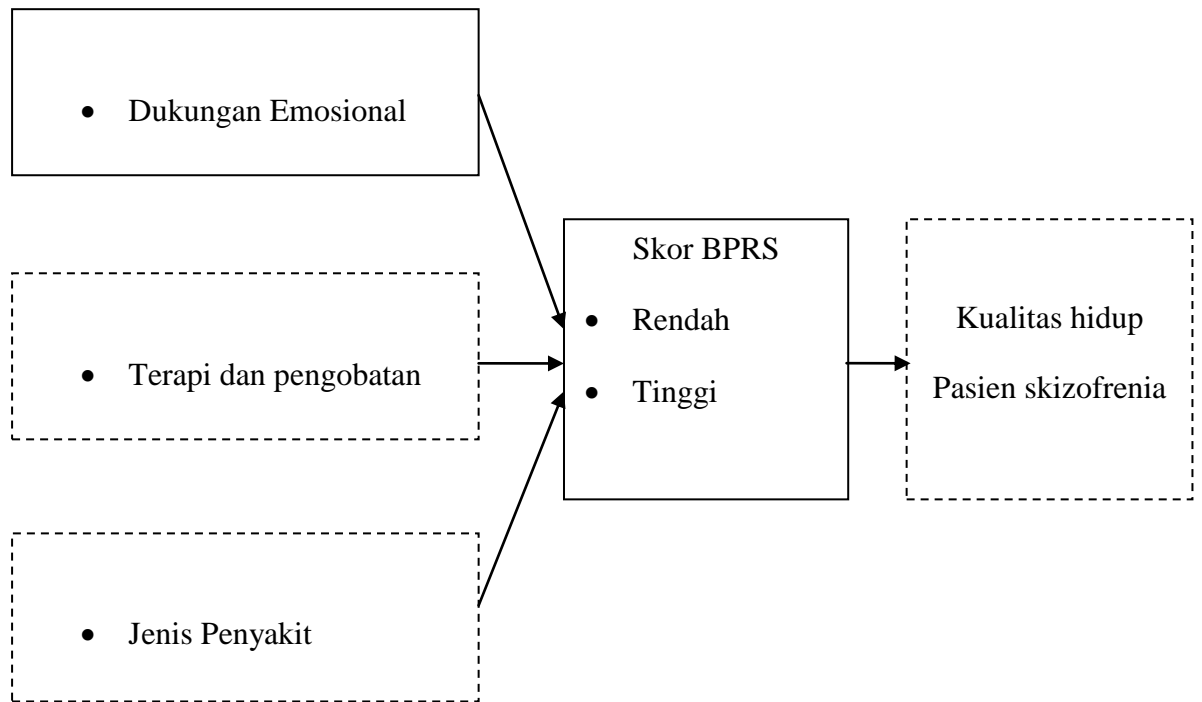
Pada variabel sosio-demografi yang berpengaruh pada kualitas hidup pasien skizofrenia adalah : jenis kelamin, status

perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan dan tingkat penghasilan.

2. Variabel klinis

Variabel klinis yang berhubungan dengan kualitas hidup adalah penggunaan poli farmasi psikoaktif, efek samping obat yang dikonsumsi, terlambatnya mendapatkan pengobatan, dan agitasi selama wawancara.

B. Kerangka teori



Skema 2.1 Kerangka Teori

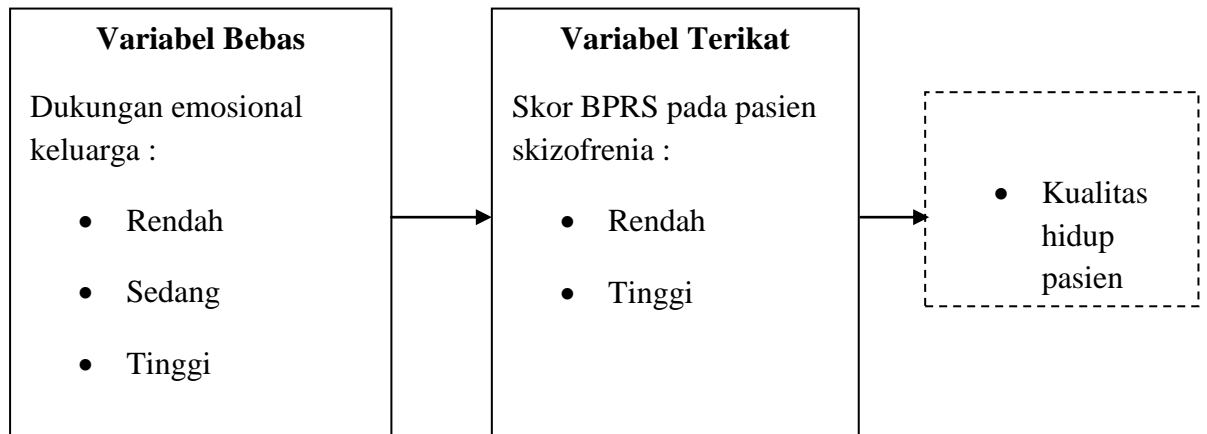
Keterangan :

Variabel yang diteliti :

Arah Hubungan : →

Variabel yang tidak diteliti :


C. Kerangka konsep



Skema 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :

Variabel yang diteliti :  Arah Hubungan : 

Variabel yang tidak diteliti : 

D. Hipotesis

1. Ha : Ada Hubungan Antara Dukungan Emosional Keluarga Terhadap skor *Brief Psychiatric Rating Scale* Pada Pasien Skizofrenia di Instalasi Rawat Inap RSJ Grhasia DIY.